

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Studiengang (bitte ankreuzen):

Medizin

Zahnmedizin

Ich bin damit einverstanden, dass meine beim Immatrikulationsamt der Universität und beim Studiendekanat der Medizinischen Fakultät erhobenen personenbezogenen Daten – Vor- und Nachname, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Prüfungsergebnisse der Hochschulprüfungen (Leistungsscheine) – gespeichert und unter Beachtung der Datenschutzgesetze verarbeitet werden können.

Ich willige ein, dass diese prüfungsrelevanten personenbezogenen Informationen dem **Landesverwaltungsamt, Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe**, zum Zweck der vereinfachten Anmeldung zu den Staatsexamina zur Verfügung gestellt werden, gespeichert und gemäß dem Datenschutzgesetz verarbeitet werden können.

Die Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich widerrufen werden. Nach bereits erfolgter Weitergabe an das Landesverwaltungsamt, Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe sind entsprechende Ansprüche - z.B. auf Löschung der Daten - direkt an diese zu richten.

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder dem Widerruf entstehen keine Nachteile.

Einen etwaigen Widerruf der Einwilligung richten Sie bitte an das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle.

Datum

Unterschrift